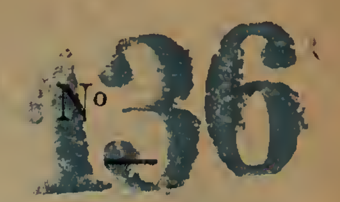
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — **THÈSE** N° 

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

résentée et soutenue le mercredi 13 janvier 1904, à 1 heure

PAR

Ludovic-Jean-Abel-Joseph BURGAUD

Né à Bouin (Vendée) le 28 mars 1877
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Cancer du testicule ectopié à l'aine

Président : M. TILLAUX, *professeur.*
Juges : MM. PINARD, *professeur.*
BROCA (Aug.) et WALLICH *agrégés.*

candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 janvier 1904, à 1 heure

PAR

Ludovic-Jean-Abel-Joseph BURGAUD
Né à Bouin (Vendée) le 28 mars 1877
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Cancer du testicule ectopié à l'aine

Président : M. TILLAUX, *professeur.*
Juges : MM. PINARD, *professeur,*
BROCA (Aug.) et WALLICH, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médieale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies eutanées et sypilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'aceouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgieale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef. des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

2

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ARROU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de l'hôpital de la Charité.

Président de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion d'observer, pendant notre année d'externat dans le service de M. le docteur Monod à l'hôpital St-Antoine, un cas de cancer d'un testicule ectopié à l'aine. M. le docteur Arrou a eu la bienveillance d'attirer notre attention sur ce fait et nous a donné l'idée d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Mais, avant d'aborder ce modeste travail, nous avons un devoir bien agréable à remplir : nous tenons, à la fin de nos études, à remercier publiquement ici tous nos maîtres qui, par leur conseils ou leur enseignement, ont contribué à notre instruction médicale.

Que nos premiers maîtres de Rochefort et de Nantes reçoivent l'expression émue de notre vive reconnaissance.

A Paris, nous avons été successivement l'élève de MM. les docteurs Muselier et Brault ; nous les prions de vouloir bien agréer nos remerciements respectueux.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le

docteur Duguet à qui nous devons la plus grande part de notre instruction médicale ; nous avons pu apprécier la clarté de l'enseignement clinique de ce maître et son dévouement de tous les instants auprès des malades. Notre espérance est d'avoir profité de ses leçons.

Nous tenons à témoigner notre gratitude à M. le docteur Sevestre pour la sollicitude qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service d'enfants de l'hôpital Bretonneau. Sa grande expérience, ses conseils pratiques et éclairés ont assurément fait de cette année une des plus instructives de nos études.

Que notre premier maître en chirurgie, M. le docteur Beurnier, veuille bien accepter l'hommage sincère de nos remerciements.

M. le docteur Monod a droit à notre bien vive reconnaissance : nous n'oublierons pas les savants enseignements, la profonde érudition et la grande bienveillance de ce maître. Nous tenons aussi à le remercier de l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition une des observations qui font l'objet de cette thèse.

Nous prions notre maître en obstétrique, M. le Professeur Pinard, de bien vouloir accepter ici nos remerciements.

Que notre excellent et cher maître, M. le docteur Arrou, qui nous a guidé dès notre arrivée à Paris et qui nous a inspiré ce travail, reçoive ici l'expression publique de notre profonde reconnaissance pour son

affectueuse bienveillance et pour la sage direction que sa haute expérience a donnée à nos études.

Nous remercions M. le docteur Durante qui s'est aimablement mis à notre disposition pour l'interprétation de plusieurs coupes histologiques, ainsi que notre ami, M. le docteur Bonnel, qui nous a aidé de quelques conseils.

Nous tenons enfin à exprimer à M. le Professeur Tillaux notre bien vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Du cancer du testicule ectopié à l'aine

INTRODUCTION

Une loi de pathologie générale, à peu près universellement adoptée, enseigne que « les malformations ou anomalies d'un organe le prédisposent aux maladies ». Le testicule n'échappe pas à la règle commune ; c'est même à propos de lui que cette loi fut formulée par Ledouble, après Langenbeck. Parmi les affections de la glande génitale ectopiée, le « cancer » occupe un des premiers rangs et c'est à l' « aine » que l'on note son maximum de fréquence. Mais, qu'entendons-nous par ces deux expressions : « cancer » et « aine » ? Il est nécessaire tout d'abord de définir ces termes; nous exposerons rapidement ensuite le plan que nous avons adopté dans ce modeste travail.

C'est à dessein que nous employons le mot « *cancer* » : il correspond bien plutôt dans notre esprit aux caractères cliniques des tumeurs dont nous nous proposons l'étude qu'à leur véritable nature, sur laquelle, il faut l'avouer, l'anatomie pathologique nous renseigne encore bien imparfaitement. Nous englobons donc sous le terme générique de « cancer du testicule » toute tumeur à évolution plus ou moins rapide, mais toujours fatale, de la glande génitale.

Mais, nous ne prétendons pas aborder ici l'étude complète du cancer du testicule ectopié : ce travail serait bien au-dessus de nos forces ; nous nous bornerons aux cas où la tumeur maligne envahit le testicule arrêté à l'aine. Nous éliminons ainsi tous les néoplasmes de la glande retenue au-dessus de l'orifice inguinal profond, en ectopie dite abdominale; ils ont d'ailleurs fait l'objet d'un travail récent (1). Mais nous prenons le mot *aine* dans l'acception large et plus chirurgicale qu'anatomique que lui a donnée Guyon dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* : c'est dire que nous aurons en vue tous les cas d'ectopie où le testicule est arrêté :

1° Sur sa ligne de migration normale :

A. — Dans le canal inguinal même (*variété inguinale*).

B. — En dehors de ce canal, entre son orifice

1. Kæppelin. *Le cancer du testicule en ectopie abdominale. Gaz. des hôp.* janvier 1902.

superficiel ou cutané et le scrotum (*variété cruro-scrotale*).

2° En dehors de sa ligne de migration, en position vicieuse (*variété* dite *sous-abdominale* ou mieux *pré-inguinale*, la seule de ce groupe qui semble avoir été observée).

Hâtons-nous d'ailleurs d'ajouter que, dans ces trois variétés d'ectopie, le cancer ne présente, en dehors de son siège anatomique précis, aucun caractère clinique si différent que nous ne puissions en faire une même description.

En un mot, ce sont les *tumeurs à évolution plus ou moins rapide*, *mais toujours fatale de la glande génitale arrêtée au-dessous de l'orifice inguinal profond*, *soit sur sa ligne de migration normale*, *soit en dehors de cette ligne*, que nous nous proposons d'étudier.

Après quelques mots d'historique, nous mettrons en relief toutes les observations que nous avons pu recueillir sur le sujet.

Nous avons pensé faire œuvre utile en réunissant sous forme de tableau, très schématique, les 47 observations que nous avons trouvées antérieurement publiées : elles sont dues, pour la plupart, aux précieuses indications bibliographiques que nous avons puisées dans le travail de Monod et Terrillon sur la *Castration dans l'ectopie inguinale* et peu d'observations ont pu y être ajoutées. Nous exposerons ensuite un cas recueilli dans le service de M. Monod à l'hôpital St-Antoine, un second cas communiqué par M. Arrou, et un troisième commu-

niqué par M. Monod ; enfin il nous a semblé intéressant de reproduire comme quatrième observation la seule que, dans la littérature médicale française ou étrangère, nous ayons pu rencontrer de cancer non opéré suivi dans toute son évolution jusqu'à l'autopsie.

En présence de ces 51 observations, prises aux diverses périodes de la maladie, nous pourrons alors aborder l'étude du cancer du testicule ectopié à l'aine, dont nous passerons successivement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique, l'évolution clinique, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

CHAPITRE I

Historique

C'est à une époque relativement récente que l'attention des chirurgiens fut attirée sur le cancer du testicule ectopié à l'aine, et la première observation qui paraît en avoir été publiée est due à Pott. Dans ses *Œuvres chirurgicales*, de 1777, Pott relate longuement l'histoire d'un de ses opérés qui « fut guéri « par l'extirpation d'un testicule qui n'avait jamais « été plus bas que l'aine et qui était devenu squir- « rheux » ; mais Pott ne suivit pas son malade, ou du moins il ne dit pas si la guérison fut définitive.

Peu de temps après, en 1780, Chopart dans son *Traité des maladies des voies urinaires* rapporte un second cas observé chez un homme de 32 ans qui fut opéré mais mourut deux ans après, « ne représentant plus qu'un squelette couvert de la peau » ; les ganglions lombaires dégénérés formaient alors une masse plus grosse que le poing.

Un troisième cas est observé par Schneller (de Strasbourg) en 1782.

Il faut aller ensuite jusqu'en 1823 pour trouver une nouvelle observation de Manzoni (de Florence), puis une autre de Nœgele.

En 1832, Dupuytren est appelé auprès d'un médecin de marine portant à l'aine gauche une tumeur fluctuante dont le diagnostic est fort complexe ; il en fait l'objet d'une intéressante leçon, et, quelques jours après, il pratique l'opération qui confirme son diagnostic « d'hydro-sarcocèle » d'un testicule ectopié avec hernie, et il guérit son malade.

Peu à peu, de nouveaux cas sont publiés ; mais il faut arriver en 1851 pour trouver le premier travail sur le sujet qui nous occupe. Dans sa thèse inaugurale sur les *Ectopies congénitales du testicule*, Lecomte consacre un excellent chapitre au cancer dont il note la fréquence parmi les complications qui frappent la glande génitale retenue à l'aine.

Godard reprend bientôt la question et, en 1856, dans son étude sur *La monorchidie et la cryptorchidie chez l'homme*, il vient ajouter sept nouvelles observations de tumeur maligne du testicule ectopique.

Les travaux de Godard sont suivis de près par ceux de Szymanowski qui, à son tour, consacre de longues et patientes recherches sur le sujet ; et en 1868 paraît le mémoire resté célèbre où Szymanowski rapporte trois nouveaux faits : l'un d'eux concerne un malade opéré par Bardeleben en 1857, le second est celui d'un homme opéré par lui en 1861 ;

le troisième cas enfin est celui même de l'auteur qui relate dans ses moindres détails son auto-observation : opéré par Pirogoff, en 1867, Szymanowski présentait un mois plus tard une récidive dans sa cicatrice et, opéré de nouveau, il succombait l'année suivante, victime de la terrible maladie.

En 1869 paraît la thèse d'agrégation de Le Dentu sur les *Anomalies du testicule*. Dans la seconde partie de cet important travail, au nombre des complications les plus fréquentes de l'ectopie, figure la tumeur maligne auquel l'auteur consacre un intéressant chapitre et dont il rapporte de nouveaux exemples ; dans deux cas la tumeur siégeait à l'aine.

Cependant, les matériaux s'accumulent, et, en 1880, Monod et Terrillon, dans leur important mémoire sur la *Castration dans l'ectopie inguinale*, peuvent réunir 42 cas de cancer du testicule ectopique qu'ils étudient au point de vue chirurgical. Les auteurs démontrent que la castration inguinale n'est pas l'opération dangereuse fatalement suivie de péritonite et surtout fatalement mortelle que l'on croyait généralement, et que le chirurgien ne doit pas hésiter à la pratiquer le plus rapidement possible dans les cas de cancer dont elle est d'ailleurs le seul traitement rationnel. Leur *Traité des maladies du testicule*, de 1889, n'apporte pas de nouveau fait.

Nous trouvons ensuite la thèse inaugurale que Wisner consacre, en 1895, à l'étude du cancer du testicule ectopié en général. Son travail a surtout pour but de montrer que l'ectopie abdominale ne met pas

à l'abri de la dégénérescence néoplasique ; il rapporte toutefois deux cas nouveaux de cancer de la glande retenue à l'aine, dont l'un opéré par Segond en 1893.

Enfin paraît en 1897 la thèse de Michiels (de Bordeaux) sur le même sujet. L'auteur, dans son travail basé sur plusieurs observations nouvelles, étudie les tumeurs malignes de la glande ectopiée en général ; nous y relevons trois cas où la tumeur siégeait à l'aine. Comme toutes les observations antérieurement publiées, nous les réunissons dans le tableau d'ensemble que nous plaçons au début du chapitre suivant.

	Age	Côté	Antécédents	Epoq. du début	Princ. caract. clin.	Opération		Nature du mal	Evolution	Bibliographie
1	moyen	gauche	»	depuis 2 ans	Tumeur indolente et mobile.	1777	Pott	Squirrhe	?	Pott. Œuvres chirurgicales 1777, t. II, p. 29.
2	32 ans	gauche	»	depuis 2 ans	Tumeur indolente, mobile et fluctuante.	1780	Chopart	Cancer	Mort 2 ans après (récidive ganglionnaire).	Chopart. Traité des mal. des voies urinaires, 1790, t. I, p. 34.
3	»	droit	bandages	»	»	1782	Schneller	Cancer	?	Sprengel. Histoire de la médecine, t. IX, p. 271.
4	»	droit	»	»	»	1823	Manzoni	Cancer	?	Gazette médicale, 1837, no 39, p. 612.
5	20 ans	gauche	bandage	depuis 6 mois	Tumeur douloureuse, adhérences.	1825	Nægle	Squirrhe	2 mois après, récidive dans la cicatrice et dans les ganglions lombaires.	Arch. générales de médecine, 1827, t. XIII, p. 423.
6	30 ans	gauche	taxis répétés	depuis 3 ans	»	1832	Chirurgien de Pise	Cancer	Mort 2 ans après (récidive mésentérique).	Gazette médicale, 1837, n° 39, p. 612.
7	32 ans	gauche	bandage	»	Tumeur indolente. fluctuante.	1832	Dupuytren	Cancer, hernie	Guérison ?	Dupuytren. Leçons de clinique chir. 1832, I, 148.
8	»	»	»	»	»		Boyer	Cancer	?	Boyer. Traité des maladies chirurgic. 1849, VI, 736.
9	»	»	»	»	»		Boyer	Cancer	?	Boyer. Loc. cit.
10	41 ans	gauche	bandage	depuis 3 ans	Tumeur avec fausse fluctuation.	1835	Roux	Encéphaloïde	Mort 18 mois après (récidive ganglionnaire).	Lecomte. Ectopies congén. du test., thèse Paris 1851.
11	40 ans	gauche	»	depuis 5 ans	Tumeur indolente, fluctuante variété pré-inguinale.	1836	Gama	Squirrhe	?	Gazette méd. 1837, p. 263.
12	18 ans	gauche	bandage	»	»	1841	Baum de Dantzig	Cancer	Mort 2 ans après (récidive ganglionnaire).	Fischer. Hannover, Zeitschrift für prakt, Heilk, 1862, I, 39.
13	26 ans	gauche	bandage	»	Tumeur indolente et fluctuante.	1842	Poland	Encéphaloïde hernie	Mort 4 mois après (récidive dans la cicatrice).	Guy's Hospital Reports, 1843, I, 172.
14	43 ans	droit	»	depuis 4 ans	Tumeur indolente, mobile, fluctuante	1846	Arnott	Sarcome médullaire	Mort 15 jours après d'érysipèle (grosse masse encéphal. dans la mésent.)	Médic. Chirurgic. Transactions, 1847, XXX, 9.
15	38 ans	gauche	»	»	Tumeur fluctuante.	1846	Storks	Sarcome médullaire	Mort 14 mois après (récidive ganglionnaire).	London Medical Gazette, 1847, XXXIV, 101.
16	38 ans	droit	coup de pied de cheval	»	Variétépré-inguinale	1849	Larrey	Encéphaloïde	Aucun indice de récidive, ni de génér. 2 ans après.	Bull. de la Soc. Chirurg. Paris, 1851, II, 179.
17	plus de 30 ans	droit	»	»	Tumeur non ulcérée et indolente.	1849	Ricord	Cancer	?	Godard. Mém. de la Soc. de biologie, 1856, p. 108.
18	45 ans	droit	contusion	»	»		Lenoir	Cancer	Mort 1 an après (récidive ganglionnaire).	Godard, loc. cit.
19	37 ans	gauche	»	»	Tumeur indolente.		Demarquay	Encéphaloïde	?	Gazette des hôpitaux, 1854 p. 474.
20	20 à 25 ans	droit	»	»	»	1854	Jobert de Lamballe	Cancer	?	Godard, loc. cit.
21	19 ans	gauche	Blennorrhagie douleur brusque en soulevant un poids	»	Tumeur non ulcérée.	1856	Huguier	Encéphaloïde	Mort 2 mois après de phtisie aiguë (pas d'autopsie).	Godard, loc. cit.
22	28 ans	droit	»	il y a 2 ans	Tumeur indolente, mobile fluctuante.	1857	Spry	Encéphaloïde	?	Le Dentu, th. d'agrég.. 1869.
23	28 ans	droit	»	»	Tumeur ulcérée très douloureuse.	1857	Bardeleben	Carcinome	Mort peu de temps après (récidive dans la cicatrice).	Szymonowski. Der Inguin. Testik, in Prager Viertel-jahrsch. f. die prakt Helik, 1868, II, 57.
24	39 ans	droit	»	»	»	1861	Szymanowski	Squirrhe	Mort 4 mois après (récidive dans la cicatrice).	Szymanowski, loc. cit.
25	20 ans	droit	»	»	»	1861	Langenbeck	Fongus hémat.	?	Fischer, loc. cit.
26	45 ans	droit	»	»	»	1862	Fayrer	Cancer médull.	Mort 12 mois après (récidive ganglionnaire).	Indian Annals of Medic. Sc. Calcutta, 1863, XVI, 323.
27	45 ans	droit	»	»	Tumeur indolente	1862	Clarke	Encéphaloïde	Mort 16 mois après (récidive ganglionnaire).	British Med. Journ. I, 481.
28	39 ans	droit	contusions	depuis 3 ans	Tum. indol.; circul. collat., œdèm. des m. inférieurs.	1863	Hewson	Sarcocèle kyst.	Mort 6 jours après (à l'autopsie : dégénéresc. des ganglions lomb.).	The Americ. Journ. of the Med. Sc. 1863, XLVI, 116.
29	39 ans	droit	»	depuis 7 ans	Tum. indol. et fluc., circulat. collat.	1864	Desgranges de Lyon	Tumeur fibro-plastique	Mort le lendemain avec dyspnée et accès de suffocation (dégénéresc. des ganglions lombaires et médiastinaux).	Mém. et comp.-rendus de la Soc. des Sc. méd. Lyon, 1864, IV, 2e partie, p. 118.
30	28 ans	gauche	»	depuis 1 an	Tumeur indolente, mobile, fluctuante	1867	Jarjavay	Encéphaloïde	?	Bull. de la Soc. anat. Paris, 1867, p. 295.
31	38 ans	gauche	»	»	(cas de Szymanowski	1867	Pirogoff	Cancer	1 mois après, récidive dans la cicatrice. Nouvelle opération. Mort 1 an après.	Szymanowski, loc. cit.
32	38 ans	droit	contusions, bandage	»	Tum. doulour., avec adhérences; cachexie	1867	Gosselin	Encéphaloïde	Mort 6 jours après (dégénéresc. des gang. lomb., et cancer du rectum).	Bull. de la Soc. anat. Paris, 1867, p. 548 et 552.
33	46 ans	droit	taxis forcé	»	Tum. doul. fluctu.; œd. de la jambe droite. Cachexie	1868	Partridge	Encéphaloïde	Mort le lendemain (les ganglions lomb. étaient pris).	Medical Times and Gazette, 1868, I, 176.
34	42 ans	gauche	»	depuis 3 ans	Tumeur indolente	1868	Bœckel	Cancer	?	Ringeisen. De l'ectopie du test. thèse Strasb., 1868.
35	46 ans	gauche	»	»	»	1868	Langenbeck	Sarcome	Mort le 12e jour de péritonite.	Schœdel. Uber Kryptorch., Inaug. Diss. Berlin, 1869.
36	19 ans	gauche	»	»	»	1868	Schœnburn	Sarcome	Mort 2 mois après (gangl. lombaires, canc. du foie).	Schœdel, loc. cit.
37	50 ans	gauche	contusion	il y a 2 ans	Tumeur indolente et fluctuante	1870	Arnott	Encéphaloïde	Quelques jours avant de quitter l'hôp. commence à souffrir dans la région lombaire; ne revient pas.	Medical Times and Gazette, 1871, I, 11.
38	72 ans	gauche	»	depuis 2 ans	Doul. vives; épidid. descendu dans le scrotum et atteint	1873	Ollier	Encéphaloïde	Mort 5 mois après de dyssenterie (rien à l'autopsie).	Mém. et comp.-rend. de la Soc. des Sc. méd. Lyon, 1873, XIII, 2e par., p. 140.
39	42 ans	»	»	depuis 8 mois	Tum ingui[illegible]. ré[illegible]it. Testicule en invers.	1875	Desprès	Sarcome alvéolaire	Bien portant 4 ans après.	Bull. de la Soc. anat., Paris, 1875, p. 171.
40	38 ans	gauche	»	»	»	1875	Verneuil	Carcinome	Mort 6 jours après l'opération (généralisation viscérale).	Arch. gén. de méd., 1880, p. 129.
41	38 ans	gauche	»	»	»	1878	Aubert	Cancer	?	Comp.-rendu du cong. de l'A.F. p. Avanct. des Sc. 1878, p. 948.
42	23 ans	droit	blennorrhagie	depuis 1 an	Tumeur indolente et mobile	1879	Guyon	Carcinome réticulé	Bien portant 10 ans après l'opération.	Bull. et mém. de la Soc. de Chir., 1880, VI, 46.
43	32 ans	»	»	»	début p. l'épididyme		Grück	Carcinome	?	Wisner. Thèse de Paris, 1895, n° 118.
44	42 ans	gauche	»	depuis 6 mois	Tum. douloureuse; var. cruro-scrotale	1893	Segond	Sarcome globo-cellulaire	Mort 5 mois après (ganglions lomb. atteints).	Wisner, loc. cit.
45	28 ans	droit	»	depuis 2 ans	Tumeur douloureuse	1895	Villar	Encéphaloïde	?	Michiels. Thèse de Bordeaux, 1897, n° 75.
46	59 ans	gauche	bandage	depuis 2 ans	Tum. indolente et mobile; var. cruro-scrotale	1895	Binaud	Encéphaloïde	?	Michiels, loc. cit.
47	31 ans	gauche	»	depuis 10 mois	Tumeur indolente, mobile	1897	Pousson	Encéphaloïde	A son départ, il existe au-devant de la colonne lomb. une grosse masse ganglionnaire.	Michiels, loc. cit.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Recueillie dans le service de M. Monod à l'hôpital St-Antoine.

E. R... 40 ans, entre dans le service de M. Monod à l'hôpital St-Antoine, le 26 mars 1902, pour une tumeur volumineuse de l'aine droite.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; rien non plus dans ses antécédents personnels : R... a toujours été bien portant; mais il est cryptorchide : son scrotum est resté vide et il a toujours senti à l'aine, à droite et à gauche, une petite boule dure, mobile, du volume d'une grosse amande, dont la pression déterminait une sensation spéciale. Depuis 5 mois, sans cause appréciable, la tumeur de l'aine droite a augmenté de volume progressivement, sans déterminer aucune douleur, mais seulement une sensation de gêne surtout accusée pendant la marche ou à l'occasion d'un effort. Cette gêne augmentant avec le volume même de la tumeur, R... s'est décidé à demander son admission à l'hôpital.

A son entrée, cet homme, robuste, ayant toutes les apparences d'une excellente santé, présente dans la région inguinale droite une tumeur ovoïde qui forme un relief assez considérable et dont le grand axe est parallèle au pli de l'aine. Etendue obliquement de l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à deux travers de doigts environ de la racine de la verge,

la tumeur ne dépasse pas en bas l'arcade crurale et s'étend en haut jusqu'à 4 ou 5 centimètres de l'ombilic.

A son niveau la peau est saine et mobile.

Le scrotum est inhabité et l'anneau inguinal droit complètement fermé. La palpation de la tumeur ne réveille de douleur en aucun point et donne la sensation d'une masse profonde, située au-dessous de l'aponévrose du grand oblique, dans le canal inguinal même, masse rénitente, douée d'expansion à la toux, mais irréductible.

La tumeur est mate dans toute son étendue.

En déprimant profondément la paroi abdominale, la main ne perçoit aucune tuméfaction ganglionnaire.

A gauche, l'anneau inguinal est également fermé et le palper permet de trouver le testicule, mobile, en ectopie inguinale.

— L'examen méthodique des autres organes ne décèle rien de particulier.

— Le diagnostic posé est celui d'une hernie inguino-interstitielle droite chez un cryptorchide, cette hernie étant sans doute uniquement épiploïque. On propose la cure radicale qui est acceptée.

Le 5 avril 1902, l'opération est pratiquée par M. Bonnel, interne du service . Parallèlement à l'arcade crurale droite et à 2 centimètres au-dessus d'elle, large incision de la peau, du tissu cellulaire et de l'aponévrose du grand oblique. On trouve alors, occupant le canal inguinal, une tumeur plus grosse que le poing ; elle est constituée par le testicule dégénéré recouvert en avant par une vaginale épaissie et renfermant une petite quantité de liquide; l'épididyme est englobé dans la masse. Accompagnant la tumeur testiculaire, il existe bien une hernie épiploïque qui lui commu-

niquait les mouvements d'expansion observés pendant la toux. Ligature au catgut du cordon spermatique aussi haut que possible; ablation de la tumeur et cure radicale de la hernie; reconstitution de la paroi.

La plaie opératoire se réunit par première intention, et le malade sort de l'hôpital le 26 avril 1902.

Examen de la pièce. — La tumeur testiculaire, plus grosse que le poing, est lisse, bosselée, nettement encapsulée. Elle est rénitente surtout au niveau des bosselures et l'épididyme fait corps avec elle.

A la coupe, l'albuginée est amincie au niveau des bosselures.

La substance testiculaire est en totalité transformée en une masse gris rosé, avec de nombreux ilots plus colorés ; elle donne un peu de suc cancéreux au râclage.

Une partie de la tumeur est prélevée pour l'examen histologique qui est pratiqué par M. le Dr Durante, chef de laboratoire à la Maternité, qui a bien voulu nous faire connaître le résultat de son examen ; il s'agissait d'un carcinome.

R.... a été revu par M. Bonnel, trois mois après l'intervention. La cicatrice était parfaite et on ne trouva aucune trace de récidive ni de généralisation. L'état général était excellent.

OBSERVATION II (inédite).

D'après les notes communiquées par M. Arrou.

V. Z..., 39 ans, mécanicien, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, et il a toujours joui d'une parfaite santé.

Il n'a qu'un testicule dans le scrotum et s'est toujours connu à l'aine droite une petite masse dure et mobile, réveillant, lorsqu'il la pressait, la sensation testiculaire. Il n'a d'ailleurs, éprouvé de ce fait aucune gêne jusqu'en mars 1902, époque à laquelle la petite tumeur inguinale droite a commencé à augmenter de volume ; l'accroissement a été progressif, sans déterminer aucune douleur, mais seulement une sensation de gêne manifeste surtout après une longue marche. En septembre 1902, Z... se décide à consulter le chirurgien et vient à l'hôpital St-Antoine, où il est examiné par M. Arrou. Assistant du service de M. Monod, M. Arrou constate à l'aine droite de cet homme une tumeur formée certainement par son testicule ectopié, mais de nature impossible à préciser, et il lui conseille de revenir se montrer tous les huit jours. Mais Z... ne revient pas.

Cependant, la tumeur inguinale continue à s'accroître. Malgré l'absence persistante de toute douleur, Z.., commence pourtant à s'inquiéter de l'augmentation de volume

de sa tumeur et de la gène qu'elle détermine. Il se décide alors à entrer à l'hôpital Saint-Antoine où il est admis dans le service de M. Monod, le 6 janvier 1903.

M. Arrou le revoit alors. La tumeur inguinale droite, bien circonscrite, ovoïde, a acquis le volume du poing. La peau est saine et mobile à son niveau.

La tumeur occupe le canal inguinal, ne remontant pas dans le ventre et ne descendant nullement dans les bourses : on peut, en effet, loger le bout de l'index dans l'orifice superficiel, libre, du canal.

La fluctuation y est manifeste : il y a donc un peu de liquide dans la constitution de la tumeur, mais sans doute pas beaucoup, car immédiatement sous la nappe liquide on sent de la résistance.

Aucune douleur à la palpation.

Pas de tuméfaction ganglionnaire.

Le testicule gauche, descendu dans le scrotum, paraît sain.

L'examen des autres organes ne décèle rien de particulier.

L'état général est excellent.

M. Arrou porte alors le diagnostic de cancer du testicule droit en ectopie inguinale, avec hydrocèle, et propose l'intervention chirurgicale qui est acceptée.

Le 8 janvier, M. Arrou procède à l'opération : le testicule malade est situé derrière l'aponévrose éraillée du grand oblique, dans le canal même. Evacuation de 50 à 60 grammes d'un liquide clair d'hydrocèle. Le testicule malade apparaît alors comme un testicule qui aurait 15 ou 20 fois le volume normal mais serait régulier, sans bosselure et sans dureté, bien que ferme. L'épididyme est englobé dans la masse, non distinct. Castration en allant lier le cordon très haut, au

moins à quatre travers de doigts au-dessus de l'orifice inguinal profond.

Les suites de l'opération sont normales et le malade sort de l'hôpital le 20 janvier 1903.

Examen de la pièce. — Macroscopiquement, la tumeur testiculaire présente à la coupe un aspect uniforme ; sa coloration est gris rosé avec quelques ilots plus colorés.

L'examen histologique de la pièce fait par M. Durante montre que la tumeur est uniquement formée par du tissu lymphoïde disposé en lobes et en lobules et entourant souvent comme d'un manchon quelques gros vaisseaux ; ce tissu lymphoïde est normal, sauf en quelques points, où il existe des foyers hémorrhagiques, parfois récents, le plus souvent anciens, au niveau desquels les éléments sont nécrosés. L'enveloppe est constituée, à part un ou deux petits ilots inflammatoires, par du tissu conjonctif normal. Il s'agit d'un lymphadénome.

Z... a été revu plusieurs fois depuis l'opération et tout récemment encore : il est en excellente santé et ne présente aucune trace de récidive ni de généralisation de la tumeur maligne dont il a été opéré.

OBSERVATION III (inédite).

Communiquée par M. Monod.

M. X..., âgé de 43 ans, père de trois enfants tous bien portants, ne présente aucun antécédent pathologique. Depuis

quelques mois, son testicule gauche, qu'il s'est toujours connu dans l'aine, grossit et le gêne un peu. Il présente actuellement (octobre 1899) le volume d'un œuf et occupe nettement le canal inguinal. A son niveau, la peau est saine, et il est lui-même très mobile sous la peau et sur les parties profondes. Sa consistance est celle d'une tumeur solide, égale dans toutes ses parties.

Le diagnostic de transformation sarcomateuse du testicule gauche en ectopie inguinale est posé et l'ablation immédiate est conseillée et acceptée.

L'opération a lieu le 7 octobre 1899. Incision de 8 à 10 centimètres parallèle au grand axe de la tumeur et au pli de l'aine; elle est conduite couche par couche jusqu'à la vaginale qui est ouverte. Pas une goutte de liquide ne s'échappe. Le testicule apparaît alors gros et très mobile. Ligature en masse par deux fils de catgut entrecroisés. La vaginale se termine en cul-de-sac en haut, sans communication avec le péritoine; on accole cependant les parois de ce cul-de-sac en y comprenant le cordon, par un catgut. Cautérisation du petit moignon au thermocautère. Fermeture de la plaie aux crins de Florence en un seul plan.

Suites des plus simples. Premier pansement et ablation des fils le 14 octobre. La réunion est obtenue par première intention.

Examen de la pièce. — A l'œil nu, la coupe montre une masse d'un aspect gris uniforme, dans laquelle on ne distingue rien qui rappelle le tissu testiculaire. L'épididyme, atrophié, est bien distinct, à distance du testicule. Dans le méso serpente un canal déférent également atrophié, qui, sur une coupe, paraît sain.

L'examen histologique montre que la tumeur est un sarcome à cellules rondes, assez grosses et tassées les unes contre les autres. Les nappes cellulaires sont parcourues de minces tractus conjonctifs supportant des vaisseaux capillaires. Ailleurs, il y a des bandes conjonctives qui se dissocient en faisceaux, puis en réseau qui diffuse et s'épuise en tous sens. Sur la masse principale est accolé un tissu plus dur et plus fin : c'est du testicule. Mais la majeure partie de ses tubes sont atrophiés ; il n'y a pas de spermatozoïdes. Un petit cordon dur, pelotonné, existe le long du paquet vasculaire : c'est le cordon, qui a conservé son épithélium.

Quant à l'épididyme, on le retrouve facilement, près du testicule. Ses tubes sont atrophiés en partie et on n'y trouve pas de spermatozoïdes.

Depuis 1899, époque à laquelle il fut opéré par M. Monod, M. X.. est bien portant ; actuellement il ne présente aucune trace de récidive locale et son état général est resté excellent.

OBSERVATION IV (cas de Deroubaix).

Extraite de l'observation de Thirifays publiée *in Presse médicale belge* 1858, t. X, p 109.

H., N. 54 ans, cocher, portait depuis sa naissance au niveau du canal inguinal gauche une tumeur indolente, du volume d'une noix.

Les bourses de ce côté ne contenaient pas de testicule, tandis que du côté droit cet organe était placé dans sa position normale.

A la puberté, la tumeur avait sensiblement augmenté de volume, mais sans douleur, ni gêne. Vers le 15 août 1857, en exécutant un effort pour soulever une malle, N... ressentit pour la première fois une douleur vive à l'endroit de sa tumeur. Cette douleur persistant pendant quelques jours, il s'adressa à un médecin. Celui-ci, croyant à l'existence d'une hernie, lui conseilla d'appliquer un bandage. Des douleurs intolérables survinrent alors, et le médecin, rappelé, pratiqua le taxis, qui n'eut pour résultats qu'une aggravation de tous les symptômes. Le 2 septembre 1857, l'état du malade étant devenu très grave, on lui conseilla d'entrer à l'hôpital Saint-Jean pour s'y faire opérer de sa prétendue hernie.

A son entrée, on trouve à la région du trajet inguinal une tumeur du volume d'une orange, rouge, tendue, extrêmement sensible et fluctuante. La fièvre est vive ; mais il n'y a aucun symptôme de péritonite. Il existe manifestement une inflammation de la peau et des tissus voisins, qui cède rapidement au traitement antiphlogistique en même temps que disparaissent la réaction générale et la sensibilité locale. Cependant, aucune diminution ne survient dans le volume de la tumeur ; celle-ci, au contraire, acquiert peu à peu un volume plus considérable et une fluctuation profonde devient manifeste. Deroubaix fait alors une ponction exploratrice, et, s'étant ainsi assuré qu'il existe du liquide, il divise couche par couche les téguments ; étant parvenu dans la poche il voit s'en écouler quelques onces d'un liquide séreux, lim-

pide, transparent, absolument analogue à du liquide d'hydrocèle. La cavité est lisse, d'un blanc bleuâtre ; au fond de la poche se trouve une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, rénitente, arrondie, sensible, adhérente en arrière aux parois du canal inguinal.

Après l'opération il ne pouvait y avoir de doute que l'on n'eût sous les yeux un testicule légèrement gonflé et enveloppé de sa séreuse. Existait-il à ce moment une altération du testicule ? Il était difficile de ne pas l'admettre, vu l'accroissement de son volume. Mais les caractères de cet accroissement ne parurent pas à Deroubaix de nature à l'autoriser à opérer la castration et il résolut d'attendre.

La plaie opératoire laissée béante se cicatrise peu à peu.

Mais la tumeur continue à augmenter de volume en s'étendant vers l'abdomen. Des douleurs intolérables surviennent. Le malade commence à maigrir et ses téguments prennent une teinte jaune paille qui ne laisse plus aucun doute sur la nature du mal.

Le 20 janvier 1858, la tumeur s'ulcère au niveau de la cicatrice opératoire et une masse bourgeonnante apparaît, donnant lieu à de petites hémorrhagies.

L'état général devient de plus en plus précaire, l'amaigrissement est considérable ; la fièvre hectique et la diarrhée s'établissent et la mort survient le 8 février 1858.

Autopsie. — A l'autopsie on trouve les ganglions lombaires et iliaques volumineux et dégénérés. Quant à la tumeur testiculaire, elle atteint le volume d'une petite tête de fœtus et présente une forme en bissac dont une moitié est située dans le canal inguinal et l'autre fait saillie dans la cavité

abdominale. Elle est mollasse et sa surface de section donne issue à un suc blanc laiteux, très abondant, dans lequel le microscope décèle une quantité de cellules cancéreuses semblables à celles de l'encéphaloïde.

CHAPITRE III

Etiologie.

Nous nous trouvons ainsi en présence de 51 observations de cancer du testicule ectopié à l'aine. Quel que soit le soin que nous ayons apporté dans nos recherches, nous n'avons pas la prétention d'avoir réuni tous les exemples connus : quelques-uns peuvent nous avoir échappé. De plus, il est à noter que les auteurs n'ont publié que les cas de cancers opérés ; les cas non suivis d'intervention, à l'exception de celui que nous reproduisons à l'observation IV, semblent avoir été complètement négligés. Toutefois, du nombre même des faits que nous avons pu recueillir, nous sommes en droit de conclure que l'affection n'est pas fréquente.

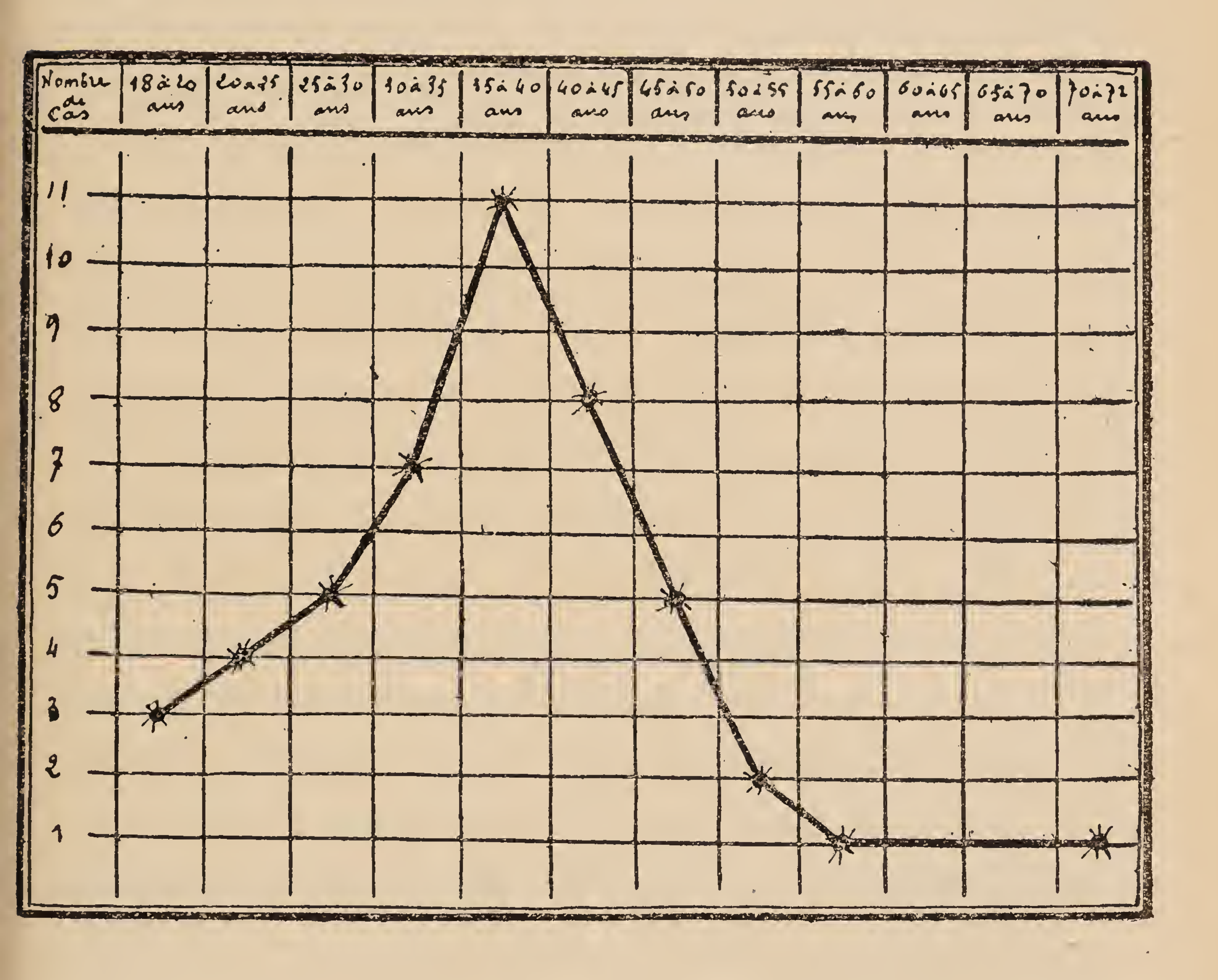
Mais, si le cancer du testicule ectopié à l'aine est rare, au point de vue absolu, hâtons-nous d'ajouter qu'il est fréquent relativement au cancer du testicule normalement descendu. En effet, dans les hôpitaux de Londres, en 1869, Schœdel a compté jusqu'à 5

des premiers pour 36 seulement des seconds; or, il est bien évident que tel n'est pas l'indice numérique du rapport de fréquence des migrations arrêtées et des migrations parfaites : l'ectopie prédispose donc la glande génitale à la dégénérescence néoplasique, et la loi de pathologie générale que nous avons rappelée au début même de ce travail ne se trouve pas en défaut.

Enfin, parmi les tumeurs du testicule ectopique, ce sont celles de l'aine qui ont été, et de beaucoup, les plus fréquemment observées : Kæppelin, dans le travail récent que nous avons signalé, n'a pu réunir que 7 cas de tumeur abdominale, tandis que nous en relevons 51 de tumeur à l'aine.

En ce qui concerne l'âge, un fait important se dégage de la lecture des observations : le cancer n'est pas ici le privilège de la vieillesse. Dans 4 cas, l'âge n'est pas indiqué ; mais, sur les 47 autres, 26, c'est-à-dire plus de la moitié, se rapportent à des malades de 30 à 45 ans. Le plus jeune a 18 ans (cas de Baum (de Dantzig) n° 12 du tableau), et le plus âgé en a 72 (cas d'Ollier, n° 38) ; mais nous ne trouvons déjà qu'un cas entre 55 et 60 ans (cas de Binaud (de Bordeaux) n° 46, concernant un malade de 59 ans). Et même, si nous analysons de plus près encore les faits, nous trouvons 3 cas de 18 à 20 ans, 4 de 20 à 25 ans, 5 de 25 à 30, 7 de 30 à 35, 11 de 35 à 40 : la fréquence augmente donc graduellement avec l'âge de 18 à 40 ans, où elle atteint son maximum ; ensuite, nous ne rencontrons plus que 8 cas

de 40 à 45 ans, 5 de 45 à 50, 2 de 50 à 55, et 1 seul de 55 à 60 : la fréquence diminue donc d'une façon progressive de 40 à 60 ans ; la courbe suivante, dressée d'après ces données, nous semble d'ailleurs très démonstrative à cet égard.



Maintenant, une question importante se pose : sous quelle influence se développe le mal ?

L'hérédité ne semble jouer aucun rôle ; on ne trouve ordinairement aucune tare néoplasique chez les ascendants.

Parmi les maladies antérieures, la blennorrhagie, suivie d'un gonflement douloureux du testicule ectopié, a été notée 2 fois : l'orchite, dans ces cas,

peut avoir réveillé la diathèse néoplasique et l'on sait combien Ricord insistait sur la « prise » que cette affection offre au cancer.

Les traumatismes semblent jouer un rôle plus important. Dans 4 cas, la région avait été antérieurement le siège de contusions : coup de pied de cheval, etc... Plus souvent encore, la glande ectopique, prise pour une hernie, a été traitée comme telle : tantôt elle a été l'objet de manœuvres répétées de taxis : c'est ce que nous relevons dans 2 cas ; tantôt un bandage herniaire a été appliqué, qui n'a été retiré qu'à la suite des douleurs vives ressenties par le malade pour être replacé ensuite : nous trouvons le fait noté dans 9 observations. Enfin, la région même de l'aine n'est-elle pas exposée à toute sortes de heurts ou de frottements, constituant, au même titre que l'application du bandage herniaire, de véritables traumatismes chroniques ? Il est permis de penser que tous ces faits ne sont pas étrangers à l'éclosion de la tumeur, et si celle-ci est plus fréquente à l'aine qu'à l'abdomen, c'est sans doute parce que l'aine est plus exposée à ces divers traumatismes. Mais, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons émettre que des hypothèses : nous ne nous lancerons donc pas dans de longues considérations sur ce sujet qui d'ailleurs touche de trop près à la grande question de la pathogénie des tumeurs, toujours à l'étude.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

La tumeur a toujours été trouvée d'un seul côté et nous ne connaissons pas d'exemple où elle ait été bilatérale ; ce fait n'a guère lieu de nous surprendre, par analogie avec ce qui se passe dans le cancer du testicule normalement descendu.

En ce qui concerne le côté atteint, Godard avait noté une prédominance très marquée pour l'aine droite, où la tumeur siégeait cinq fois sur les sept cas qu'il avait recueillis. Michiels croit, au contraire, que le néoplasme a une prédilection particulière pour l'aine gauche. Sur les cinquante-et-une observations que nous avons relevées, quatre fois le côté du mal n'est pas indiqué ; vingt-et-une fois la tumeur siège à droite et vingt-six fois à gauche : les deux côtés semblent donc à peu près également atteints.

A l'aine, le cancer du testicule ectopié peut siéger soit sur la ligne de migration normale de la glande, soit en dehors de cette ligne en position vicieuse.

Dans le premier cas, la tumeur peut être située dans le canal inguinal même, entre l'orifice abdominal et l'orifice cutané du trajet : c'est la variété inguinale proprement dite ; elle est de beaucoup la plus fréquente puisque nous la trouvons notée quarante-sept fois sur les cinquante-un cas. Elle peut siéger aussi au-dessous de l'orifice cutané ou superficiel du canal inguinal, entre cet orifice et la racine des bourses : c'est la variété dite cruro-scrotale, dont nous trouvons deux exemples, dans les observations de Segond et de Binaud (de Bordeaux) (n°s 44 et 46). Dans le deuxième cas, la tumeur est en position vicieuse, hors de la ligne de migration du testicule : deux fois, dans les cas de Gama et de Larrey (N°s 11 et 16), elle est située au-dessus de l'arcade crurale, en avant de l'aponévrose du grand oblique, dans le tissu cellulaire sous-cutané : ce sont des exemples de la variété dite « sous-abdominale », et mieux nommée « pré-inguinale ».

Quel que soit le siège anatomique précis de la tumeur, celle-ci présente une forme ovoïde, assez régulière ; elle acquiert parfois des proportions énormes, et, s'il est des cas où elle ne dépasse pas la grosseur d'une noix, il en est d'autres où elle atteint les dimensions d'une tête de fœtus à terme.

La peau et les tissus sous-jacents, au début du moins, sont sains.

La vaginale est le siège d'une inflammation chronique : on la trouve épaissie, contenant du liquide, ordinairement en petite quantité. Ce liquide est par-

fois coloré par le sang et présente alors une teinte chocolat. Le plus souvent, il s'agit de liquide limpide et citrin d'hydrocèle.

Au-dessous de la vaginale apparaît la tumeur elle-même. L'épididyme, presque toujours touché, fait corps avec le testicule. Parfois il est plus atteint que lui : c'est ce que nous relevons dans le cas de Grück (N° 43) ; mais, généralement il l'est moins que la glande génitale qui semble être le point de départ de la tumeur.

Quant au testicule lui-même, plus ou moins volumineux, il est toujours encapsulé par une enveloppe fibreuse qui n'est autre que l'albuginée distendue. Sa surface, ordinairement lisse et unie, peut présenter, par places, des bosselures plus ou moins saillantes au niveau desquelles l'albuginée est encore plus amincie. Dure au début, la tumeur prend bientôt une consistance plus ou moins molle et rénitente, inégale avec des points fermes à côté d'autres ramollis. A la coupe, la surface de section présente une coloration blanchâtre, blanc grisâtre ou gris rosé, avec des noyaux plus colorés et donne souvent au raclage, en quantité variable, un suc lactescent.

Plus tard, la tumeur testiculaire présente un tout autre aspect. Il peut arriver, en effet, que l'albuginée se rompe, surdistendue par la pression qu'exerce sur elle le développement toujours croissant de la masse néoplasique ; et alors, la vaginale se prend, les tissus voisins se laissent rapidement envahir, et la tumeur s'ulcère, mettant à nu des

masses bourgeonnantes et fongueuses. Mais, le fait est rarement observé ; le plus souvent, la terminaison fatale survient avant cette phase d'ulcération.

L'envahissement se fait plutôt par les vaisseaux lymphatiques et, de bonne heure, les ganglions lombaires sont atteints. Plus ou moins durs et pigmentés, ils augmentent peu à peu de volume en se ramollissant et forment bientôt au-devant de la colonne vertébrale une masse souvent énorme.

Les ganglions inguinaux sont rarement pris et le fait n'est pas surprenant si l'on songe qu'il ne peut être observé qu'à la période ultime de la maladie, alors que la tumeur, cessant de se cantonner dans le testicule et l'épididyme, a forcé l'albuginée pour envahir les tissus voisins.

L'engorgement ganglionnaire à distance est plus fréquent. Les ganglions mésentériques ont été trouvés dégénérés. Dans le cas de Desgranges (de Lyon), (No 29), les ganglions du médiastin formaient une masse volumineuse qui comprimait d'importants viscères.

Le néoplasme, qui retentit si vite sur le système lymphatique, semble n'avoir, en revanche, qu'une faible tendance à se généraliser aux organes, et les noyaux viscéraux n'ont guère été observés que par Schœnburn, Gosselin et Verneuil (Nos 32, 36 et 40), dans le foie et le rectum.

Au point de vue histologique, quelle est la nature même de la tumeur ? Nous ne parlerons pas des cas anciens, et nous n'avons pas à retenir ici les diagnos-

tics de squirrhe, d'encéphaloïde, de sarcocèle kystique, etc..., établis seulement d'après les caractères macroscopiques. L'examen histologique n'a guère été pratiqué que 18 fois. Nous y relevons 7 fois la mention « sarcome » ; 10 fois la mention carcinome : celui-ci est toujours un encéphaloïde et le squirrhe semble n'avoir jamais été observé. Nous rapportons enfin, à l'observation II, un cas de lymphadénome dont nous donnons, à la suite, les principaux caractères histologiques.

Quelle conclusion allons-nous tirer de tous ces faits ? Nous avouons notre grand embarras et cet embarras se trouve d'autant plus justifié que le microscope n'a pas dit encore son dernier mot sur ces tumeurs testiculaires. Depuis les travaux de Pilliet et Costes, on tend à ne plus admettre l'ancien sarcome, ou du moins on tend à l'interpréter non plus dans le sens d'une formation conjonctive embryonnaire, mais dans celui d'une néoplasie épithéliale. De nouveaux travaux sont encore en préparation qui viendront sans doute jeter la lumière sur cette importante question d'anatomie pathologique microscopique. C'est pourquoi, laissant à d'autres plus autorisés le soin de l'élucider, nous nous sommes contenté d'englober toutes ces tumeurs malignes du testicule ectopié sous le terme vague de « cancer » qui ne préjuge en rien leur nature intime et qui n'est, en somme, qu'une dénomination d'attente.

CHAPITRE V

Symptomatologie et évolution clinique.

Nous prendrons comme type de notre description la variété la plus fréquente où la tumeur siège dans le canal inguinal. Quelques mots suffiront ensuite pour en différencier les variétés cruro-scrotale et pré-inguinale, plus rarement observées.

L'affection peut débuter brusquement. Le malade, monorchide ou cryptorchide, qui n'avait jamais ressenti jusque-là de sa malformation qu'une certaine gêne au moment de la puberté, par suite de l'augmentation de volume de son testicule dans une loge trop étroite, éprouve tout à coup, à la suite d'un effort en soulevant un poids (cas de Spry, n° 22), ou en soulevant une malle (cas de Deroubaix, observation IV), une douleur très vive et d'ailleurs passagère. Mais, les exemples de ce mode de début sont rares, et il est probable que, dans ces cas, la tumeur, avant de se manifester aussi bruyamment, a

déjà subi une phase plus ou moins longue pendant laquelle elle est restée à peu près silencieuse.

Le début insidieux est, en effet, presque constamment observé. Tantôt, à l'occasion de fatigues, à la suite d'une longue marche ou après une station debout prolongée, le malade éprouve dans la région de l'aine une sensation de tiraillement ou de pesanteur, qui cède rapidement au repos. Tantôt, il découvre, par hasard, que la petite « grosseur » qu'il a toujours portée à l'aine a un peu augmenté de volume; mais, comme il n'en souffre point et comme, d'autre part, sa santé n'en est nullement altérée, il ne s'en préoccupe pas davantage et ne vient pas consulter le chirurgien. A ce moment du reste, la tumeur, peu volumineuse, est dure et mobile ; la pression exercée sur elle réveille la sensation testiculaire, et nous verrons dans le chapitre suivant l'extrême difficulté que présente le diagnostic à cette première période.

Peu à peu, la gêne légère du début s'accentue et devient persistante, sans qu'aucune douleur n'apparaisse : nous entrons dans la seconde période ou période d'état. En même temps, le volume de la tumeur s'accroît. La « grosseur » qu'il porte à l'aine commence à « inquiéter » le malade qui vient alors consulter le chirurgien.

Le scrotum est inhabité du côté correspondant à la tumeur inguinale.

Cette tumeur atteint le volume d'un œuf à celui du poing. Elle est ovoïde, à grand diamètre dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans,

parallèlement au pli de l'aine, au-dessus duquel elle est située. A son niveau, la peau est tendue ; mais elle a conservé sa coloration normale, elle paraît saine, et si on la prend entre les doigts, on constate qu'elle est mobile sur la tumeur.

Le palper n'est nullement douloureux et c'est un caractère très important de cette seconde période que l'absence de toute douleur, soit spontanément soit à la pression. Le palper permet de reconnaître le siège exact de la tumeur : elle est située profondément, séparée de la peau par une paroi plus ou moins épaisse qui se tend lorsqu'on fait asseoir le malade ; elle ne remonte pas dans le ventre, ainsi qu'on peut s'en assurer en déprimant profondément avec la main la paroi abdominale immédiatement au-dessus d'elle ; elle ne descend pas non plus dans les bourses et le doigt introduit dans l'orifice cutané du canal inguinal trouve souvent cet orifice plus ou moins fermé ; lorsqu'il peut y pénétrer, il sent alors l'extrémité inférieure de la tumeur que les efforts de toux ne font pas proéminer, à moins qu'elle ne s'accompagne d'une hernie, et nous verrons dans le chapitre suivant combien, dans certaines circonstances, la coexistence de ces deux affections rend le diagnostic délicat. Le siège de la tumeur étant ainsi bien délimité dans le canal inguinal, la palpation fournit encore d'utiles renseignements sur ses connexions, sa forme, sa consistance. A cette période, la tumeur n'est déjà plus aussi mobile qu'au début : elle peut avoir contracté quelques adhérences dans sa profondeur. Elle

est en général lisse et unie, rénitente, souvent même fluctuante, donnant la sensation d'une quantité ordinairement peu considérable de liquide interposé entre la main qui palpe et la masse elle-même dont on peut apprécier la résistance par une palpation plus profonde. Parfois, au lieu d'être régulière, elle présente par places des bosselures plus ou moins saillantes au niveau desquelles la consistance est plus molle. En la prenant à pleine main, on distingue difficilement le testicule de l'épididyme qui fait souvent corps avec la glande.

La percussion donne une matité complète.

Le toucher rectal montre l'intégrité de la prostate et des vésicules séminales.

Enfin, en déprimant profondément la paroi abdominale et en explorant avec grand soin la région lombaire, on ne trouve encore aucune tuméfaction ganglionnaire appréciable.

Pendant toute cette période, l'état général est resté excellent.

Mais bientôt les progrès du mal s'accentuent et nous entrons dans la troisième et dernière période de son évolution, dans la période de cachexie. Les douleurs apparaissent, irradiant vers les lombes, vers la cuisse, vers le périnée ; ces douleurs sont vives, en éclairs, tantôt spontanées, tantôt réveillées par la moindre pression ou même par le simple frôlement des vêtements pendant la marche, ou encore par les contractions de la paroi abdominale dans les différents efforts volontaires ou invo-

lontaires ; et alors, la toux, l'éternuement sont l'occasion de douleurs qui arrachent des cris au malade.

Cependant, le volume de la tumeur s'est encore accru et peut atteindre celui d'une tête de fœtus. A son niveau, la peau est fortement tendue ; elle est sillonnée de veines dilatées ; mais elle est encore mobile sur la tumeur. Celle-ci très douloureuse à la pression, est souvent bosselée et au niveau de ces bosselures la consistance est molle. L'adénopathie a fait son apparition : les ganglions lombaires sont atteints les premiers ; ils forment une chaîne de noyaux durs qui augmentent peu à peu de volume pour former enfin au-devant de la colonne vertébrale une masse parfois considérable, capable de déterminer de l'ascite, de l'œdème des jambes et de la paroi abdominale. Les autres groupes ganglionnaires, iliaques, mésentériques, peuvent être pris à leur tour ; dans le cas de Desgranges (n° 29), ceux du médiastin étaient envahis et une dyspnée intense avec accès de suffocation en était la conséquence.

En même temps, l'état général est profondément altéré. Le malade subit un amaigrissement considérable ; la peau, sèche et ridée, prend la teinte jaune paille des cancéreux ; l'appétit se perd ; les forces s'affaiblissent de jour en jour ; le moral est profondément atteint et la cachexie fait de rapides progrès.

La tumeur peut alors se généraliser au foie, au rectum, comme dans les cas de Schœnburn et de Gosselin. Mais la généralisation est rare.

Rare est aussi l'ulcération de la tumeur, dont nous

trouvons seulement 2 exemples, dans l'observation de Bardeleben (n° 23) et dans celle de Deroubaix (obs. IV) : la peau ne présente plus sa mobilité normale, elle se chagrine et devient adhérente à la tumeur, puis elle rougit et s'ulcère ; des végétations ulcéreuses et sanieuses s'étalent à la surface des téguments, donnant lieu à de petites hémorrhagies ; en même temps, les ganglions inguinaux qui étaient jusqu'ici restés indemnes se prennent à leur tour. Mais, en général, le malade ne parvient pas à cette période ultime du mal ; il succombe auparavant aux progrès même de la cachexie.

La durée totale de la maladie abandonnée à elle-même est difficile à déterminer puisque nous n'en avons qu'une observation complète : dans ce cas, la mort survint six mois après l'apparition du premier symptôme. Mais l'évolution est en général moins rapide et la plupart des malades dont nous avons pu retrouver l'histoire n'ont été opérés qu'au bout de quelques mois, d'un an, de deux ans et même de sept ans (cas de Desgranges, n° 29).

Nous venons d'étudier la variété inguinale, de beaucoup la plus fréquente, des tumeurs de la glande génitale ectopique. Il ne nous reste plus que quelques mots à ajouter pour les variétés cruro-scrotale et pré-inguinale, plus rares, qui n'en diffèrent guère que par leur siège.

Dans la variété cruro-scrotale, dont nous ne connaissons guère que deux exemples, celui de Segond et celui de Binaud (de Bordeaux), la tumeur est située

entre l'anneau inguinal et la racine des bourses, dans le pli cruro-scrotal. Le cas de Binaud (de Bordeaux) présente toutefois une particularité intéressante : la tumeur, primitivement franchement inguinale, était descendue peu à peu à mesure qu'elle augmentait de volume ; elle avait fini par franchir l'anneau et s'était arrêtée à deux travers de doigts au-dessous de lui.

Dans la variété pré-inguinale, observée dans le cas de Gama et de Larrey, la tumeur est située au-dessus de l'arcade crurale, comme dans la variété inguinale ; mais elle est très superficiellement placée, sous les téguments, en plein tissu cellulaire sous-cutané.

En dehors de ce siège anatomique précis, tout ce que nous avons dit à propos de la variété inguinale serait à répéter ici pour les variétés cruro-scrotale et pré-inguinale, où, dans le petit nombre des observations qui en ont été publiées, l'on observe les mêmes symptômes, la même évolution clinique et la même terminaison fatale en pleine cachexie.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic est souvent délicat.

A la *période de début*, comme nous l'avons vu, le malade n'éprouve à l'aine qu'une sensation de pesanteur ou de tiraillement survenant à l'occasion de fatigues et disparaissant rapidement au repos ; il ne s'en préoccupe pas davantage et ne vient pas consulter le chirurgien. Il faut reconnaître d'ailleurs qu'à ce moment l'augmentation de volume d'un testicule ectopié à l'aine est le seul signe qui puisse donner l'éveil au clinicien, non pas pour lui permettre d'affirmer un diagnostic de cancer, encore impossible à porter, mais pour l'y faire songer et l'engager à tenir pendant quelque temps le malade en observation.

Ce n'est guère qu'à la *période d'état*, alors que la gêne du début est devenue persistante, sans toutefois s'accompagner de douleur, et que le testicule a notablement grossi, que le chirurgien est appelé à donner son avis, et nous croyons inutile d'insister

sur l'importance d'un bon et rapide diagnostic qui permettra d'instituer sans perdre de temps le traitement convenable.

Le malade étant couché, on se placera du côté de la tumeur et on commencera l'examen.

En présence d'une tumeur de l'aine, il est une exploration que l'on ne devra jamais négliger de faire : le premier soin devra être de rechercher si le testicule du côté correspondant à cette tumeur est bien descendu dans le scrotum : on constatera alors que ce côté du scrotum est inhabité. Signalons tout de suite une première cause d'erreur due à la présence dans les bourses du cordon ou de l'épididyme sain alors que le testicule cancéreux est retenu à l'aine. Mais, en interrogeant le malade, on apprendra que la glande génitale n'est jamais descendue et qu'il y a toujours eu à l'aine une petite « grosseur » dont la pression réveillait la sensibilité spéciale du testicule ; d'ailleurs, un examen attentif de la forme de la petite masse intra-scrotale permettra vite d'éviter cette grossière cause d'erreur.

La double constatation de l'existence à l'aine d'une tumeur non douloureuse et de l'absence du testicule à sa place normale étant faite, on aura une première question à résoudre :

1° *Par quoi est constituée cette tumeur de l'aine ?*

On examinera avec soin son siège exact, et suivant sa situation dans le canal inguinal, ou au niveau du pli cruro-scrotal, ou encore au-dessus de l'arcade crurale, mais superficiellement, sous les téguments,

le diagnostic pourra être orienté dans un sens différent.

A. — *La tumeur siège dans le canal inguinal*. — La première idée qui vient à l'esprit est celle d'une tumeur herniaire, et il est aujourd'hui bien établi qu'il y a une variété de hernie à laquelle prédispose l'ectopie testiculaire : nous voulons parler de la hernie inguino-interstitielle.

La percussion de la tumeur donne une matité complète : nous devons donc tout de suite éliminer la présence de l'intestin dans cette tumeur.

S'agirait-il alors d'une épiplocèle ? L'absence d'expansion à la toux, l'index droit étant placé au niveau de l'anneau inguinal, est contraire à cette hypothèse. Mais, l'on peut observer cette expansion à la toux dans le cancer du testicule en ectopie inguinale, si celui-ci se complique de hernie. Ici, nous aurons encore un élément de diagnostic : la réductibilité de la masse épiploïque ; la hernie étant réduite, on trouvera le testicule dont on pourra aisément apprécier le volume, la forme, la consistance. Le cas sera beaucoup plus complexe si une épiplocèle irréductible coexiste avec la tumeur testiculaire ; dans ce cas, il faut l'avouer, le diagnostic restera souvent en suspens, et nous en rapportons à l'observation I un bel exemple : on avait diagnostiqué une hernie épiploïque inguino-interstitielle irréductible chez un homme atteint d'ectopie inguinale ; sur la table d'opération, on retrouva cette hernie, mais il y avait aussi un cancer

du testicule qui était resté ignoré. Mais ces cas d'un diagnostic aussi délicat sont heureusement rares.

Au lieu d'une anse intestinale ou d'une frange épiploïque, ne serait-ce pas une collection purulente qui aurait pénétré dans le canal inguinal ? La matité de la tumeur et la fluctuation pourraient y faire songer. Mais, cette variété de l'abcès par congestion est rare : de plus, la masse liquide serait réductible et l'existence même d'un mal de Pott n'échapperait pas au clinicien. Nous devons donc éliminer encore cette hypothèse.

On pourra songer plutôt à une affection de la vaginale au-devant de la glande génitale ectopiée : et c'est avec l'hydrocèle que le diagnostic sera surtout à faire, diagnostic d'autant plus délicat que l'on sait que la tumeur testiculaire s'accompagne fréquemment d'un épanchement d'une certaine quantité de liquide dans la vaginale. Deux cas peuvent se présenter, suivant que le conduit péritonéo-vaginal existe, ou qu'il est oblitéré. Dans le premier cas, le liquide d'hydrocèle sera facilement refoulé dans la cavité abdominale, et rien ensuite ne sera plus aisé que de s'assurer par un palper attentif de l'état du testicule sous-jacent. Dans le second cas, le diagnostic sera un peu plus minutieux ; mais il est rare que dans le cancer testiculaire, la quantité de liquide d'hydrocèle soit bien considérable, et, en palpant profondément, on trouvera toujours au-dessous de la nappe liquide la glande, dont on pourra

facilement apprécier les dimensions, la forme, la consistance.

L'hématocèle donnerait au palper une sensation plus dure et plus régulière : d'ailleurs nous ne connaissons pas d'exemple où cette affection de la vaginale ait été observée sur un testicule ectopié.

Plus rarement, on pensera à une affection du cordon spermatique.

Le diagnostic avec le varicocèle, dont le volume est facile à faire varier et dont la forme bosselée et irrégulière donnerait aux doigts la sensation d'un « paquet de ficelle », ne retiendra pas longtemps l'attention du clinicien.

S'agirait-il d'une hydrocèle du cordon ? Dans ce cas, la tumeur serait en effet indolente, de consistance molle et pâteuse et quelquefois fluctuante. Mais nous ne trouvons pas dans la tumeur dont nous avons à faire le diagnostic la forme allongée en boudin et nettement séparée du testicule par un sillon, que nous donnerait l'hydrocèle du cordon.

Cette absence de sillon séparant la tumeur du testicule nous permet d'éliminer aussi l'hypothèse d'un kyste du cordon ou d'une tumeur bénigne (lipome ou fibrome) ou maligne (sarcome du cordon).

La tumeur inguinale que nous avons sous les yeux n'est donc constituée ni par une anse intestinale, ni par une masse épiploïque, ni par une collection purulente ; d'autre part elle ne prend son origine ni dans la vaginale ni dans le cordon. Quel organe

peut-elle donc intéresser sinon le testicule lui-même ?

B.— La tumeur siège au niveau du pli cruro-scrotal. — Là encore, on songera tout d'abord à une hernie et nous aurions à répéter les éléments de diagnostic que nous avons énoncés à propos de la hernie inguino-interstitielle dans le cas de tumeur franchement inguinale.

L'entérocèle et l'épliplocèle étant ainsi éliminées, on pourra encore penser à une affection ganglionnaire et d'abord à une adénite.

L'adénite du chancre syphilitique des organes génitaux externes ne nous retiendra pas longtemps : dans ce cas, l'adénite serait multiple, bien qu'il y eût un ganglion plus volumineux que les autres ; de plus, la lésion causale n'échapperait pas à une recherche attentive.

Le diagnostic avec l'adénite d'un chancre simple se posera rarement : son cortège symptomatique de tuméfaction rouge et douloureuse pouvant s'accompagner d'un léger mouvement fébrile est bien spécial ; du reste, on retrouverait aisément les traces de l'origine de ce bubon.

S'agirait-il d'un bubon qui a suppuré et est devenu scléreux ? Mais rien dans l'histoire du malade ne peut y faire songer ; en outre, il n'existe aucune trace de suppuration ancienne.

L'adénite tuberculeuse présente rarement sa localisation primitive à l'aine, et le plus souvent il existe ailleurs des adénites ou des cicatrices d'adénite de

même nature. Enfin et surtout, comme dans les cas précédents, du reste, une adénite inguinale, même tuberculeuse, ne donnerait jamais le volume considérable de la tumeur que nous avons sous les yeux.

Enfin, poursuivant nos recherches dans le sens d'une affection ganglionnaire, nous pourrons songer au lymphadénome. Mais, il serait bien exceptionnel qu'un seul ganglion fût pris : on en trouverait d'autres envahis, soit dans le voisinage, soit à distance.

La tumeur cruro-scrotale n'est donc formée ni par un sac herniaire, ni par un ganglion malade : les mêmes éléments de diagnostic formulés à propos de la tumeur inguinale nous permettent d'éliminer aussi une affection de la vaginale ou du cordon spermatique. La tumeur ne peut donc être constituée qu'aux dépens du testicule ectopié.

C. — *La tumeur siège au-dessus de l'arcade crurale, mais superficielle.* — Ne serait-ce pas un fibrome de la paroi abdominale ? Mais cette tumeur est bien rare chez l'homme : mobile pendant le relâchement des muscles abdominaux, elle deviendrait d'une fixité extrême pendant leur contraction ; enfin elle s'accompagnerait d'un pédicule la rattachant soit à l'épine iliaque antéro-supérieure, soit à l'arcade crurale, tous caractères qui ne sont guère en rapport avec ceux que nous pouvons observer dans la tumeur que nous avons sous les yeux.

Par exclusion nous arrivons donc à conclure que la tumeur est testiculaire. Mais les recherches auront

souvent déjà été orientées dans ce sens par la constatation de l'absence dans le scrotum de la glande génitale, constatation que nous avons faite, rappelons-le, dès le début de l'examen.

Nous aurons alors une seconde question à résoudre :

2° *Quelle est cette tumeur testiculaire* ?

L'orchite aiguë blennorrhagique, traumatique ou ourlienne, avec tout son cortège inflammatoire, sera vite éliminée.

L'orchite chronique, véritable sclérose du testicule, serait plutôt caractérisée par une diminution progressive du volume de la glande ; or, nous trouvons au contraire au palper une glande de dimensions énormes.

Serait-ce un testicule tuberculeux ? Les exemples de tuberculose d'un testicule ectopié sont rares et nous ne connaissons guère que le fait signalé par Godard d'après Robert, fait dans lequel on trouva à l'autopsie seulement un testicule « ramolli et con« verti en une substance vraiment tuberculeuse ». Nos éléments de diagnostic ne pourraient donc être énoncés que par analogie avec ce qui se passe dans le testicule normalement descendu : nous n'y insisterons donc pas.

La même remarque s'applique à l'orchite syphilitique à laquelle on pourra aussi songer : cette affection est rare dans l'ectopie et nous ne croyons pas qu'il en ait été publié d'observation.

La tumeur testiculaire qui nous occupe, tumeur indolente, plus ou moins volumineuse, que nous trouvons par un palper superficiel rénitente, et par un palper plus profond tantôt lisse, régulière et plutôt ferme, tantôt bosselée et plus ou moins molle et dépressible au niveau de ces bosselures, est donc un cancer.

Nous aurons enfin une dernière question à nous poser :

3° *Quelle est la nature de ce cancer du testicule ectopié à l'aine ?*

D'après les caractères cliniques seuls, il n'est pas facile d'y répondre.

Tout au plus, en présence d'une tumeur testiculaire bilatérale, et nous n'en connaissons encore aucun exemple, ou bien en présence d'une tumeur unilatérale coexistant avec des adénites multiples, avec une splénomégalie ou avec d'autres localisations cutanées, sous-cutanées ou viscérales, pourra-t-on songer au lymphadénome. Mais, cette tumeur peut être primitive, ne s'accompagner d'aucune autre manifestation et alors elle fait échec au clinicien. Nous en rapportons un exemple typique à l'observation II : le diagnostic de cancer avait été porté ; quant à celui plus précis de lymphadénome, aucun signe ne pouvait y faire songer. Cette question de la nature du cancer d'un testicule ectopié à l'aine ne pourra donc, le plus souvent, être résolue par la clinique.

A la troisième période, les douleurs ont apparu,

les ganglions lombaires sont envahis, le malade maigrit et se cachectise. A ce moment il ne saurait plus être question de discuter un diagnostic qui s'impose. Le clinicien aura seulement à rechercher avec soin les différentes complications, propagation aux autres groupes ganglionnaires et métastases viscérales, dont il retirera de plus précieuses indications pour le pronostic que pour un traitement vraiment efficace.

CHAPITRE VII

Pronostic et Traitement.

Après ce que nous avons dit de son évolution clinique, le pronostic de la maladie abandonnée à elle-même ne nous retiendra pas longtemps : il est toujours fatal à plus ou moins brève échéance.

Le traitement sera préventif ou curatif.

Préventif, il s'adressera à l'ectopie testiculaire elle-même qui, dès qu'elle sera reconnue, ne devra jamais être négligée, et il variera suivant l'âge du malade.

Pendant la première enfance, le chirurgien ne devra pas songer à intervenir : fréquents sont, en effet, les cas de descente tardive du testicule. On se contentera de favoriser la migration de l'organe par le massage : des pressions douces et régulières seront exercées de haut en bas sur la glande ectopiée et ces manœuvres, fréquemment répétées, seront le plus souvent fructueuses.

Dans la seconde enfance, on ne pourra plus guère compter sur une descente tardive de la glande. On

devra donc intervenir et ici c'est l'orchidopexie qui semble être l'opération de choix : par une incision appropriée à la variété d'ectopie, on mettra à nu le testicule et on l'amènera dans le scrotum où on le fixera par des points de suture traversant l'albuginée. On ne devra pas négliger de fermer, en même temps, le conduit péritonéo-vaginal ; ce sera faire du même coup la cure radicale de la hernie concomitante si elle existe, ou, dans le cas contraire, mettre obstacle à sa production ultérieure.

Chez l'adulte, le testicule ectopié devient un organe inutile : en effet, les recherches histologiques de Goubaux et Follin, confirmées par celles de Monod et Terrillon, ont montré qu'à ce moment la glande est atteinte de dégénérescence fibreuse ou graisseuse et ne produit plus de spermatozoïdes. Dès lors, suivant l'expression de Duplay, l'orchidopexie ne doit plus être regardée que comme une opération de complaisance. Mais non seulement le testicule ectopié est, chez l'adulte, un organe inutile ; c'est aussi un organe nuisible par sa prédisposition à subir la transformation cancéreuse : à cette période de la vie, le traitement de choix consiste donc dans la castration, accompagnée de la fermeture du canal péritonéo-vaginal.

Lorsque le cancer s'est développé dans la glande ectopique, quel doit en être le traitement ? Le seul traitement rationnel est chirurgical, il faut faire l'ablation du néoplasme. La castration ne comporte ici aucun procédé particulier : après incision des

téguments, on ira à la recherche de la tumeur, on la libérera de ses adhérences, avec les doigts ; lorsqu'elle ne sera plus retenue que par le cordon, on ira lier au catgut, le plus haut possible, ce pédicule, que l'on sectionnera immédiatement au-dessous de la ligature. En cas de hernie concomitante on en fera, chemin faisant, la cure radicale. Il ne restera plus ensuite qu'à suturer la paroi. La plaie opératoire guérit vite et bien. Mais quel bénéfice le malade retire-t-il, dans la suite, de cette intervention ? Parmi les 50 malades opérés, dont nous avons retrouvé les observations, 17 n'ont pas été suivis. Sur les 33 autres, 3 sont morts peu de temps après l'opération d'une affection intercurrente ; 21 ont succombé de quelques mois à deux ans après l'intervention, de « récidive dans les ganglions lombaires », suivant l'expression des auteurs ; et 2 présentaient à leur sortie de l'hôpital une masse ganglionnaire appréciable : ce qui porte à 23 le nombre de « récidives ganglionnaires ». A côté de ces cas malheureux, il en est qui furent plus favorables. L'opépération de Dupuytren (n° 8) fut suivie de guérison ; toutefois nous ne tiendrons pas compte de cette observation qui semble avoir été arrêtée après l'opération et qui ne nous indique pas suffisamment si la guérison fut définitive. Dans le cas de Larrey (n° 16), on n'observait pas de récidive 2 ans après l'intervention.

Mais quelques faits plus récents sont encore plus probants ; dans l'observation de Desprès (N° 39)

concernant un sarcome alvéolaire et dans celle de Guyon où il s'agissait d'un carcinome réticulé, on ne trouvait aucune trace de récidive, 4 ans, dans le premier cas, et 10 ans, dans le second, après l'ablation de la tumeur. D'autre part, nous rapportons à à l'observation III un cas de sarcome à cellules rondes opéré par M. Monod en 1899 avec le plus grand succès.

Les deux autres observations que nous avons rapportées concernent des opérations trop récentes encore. Néanmoins, à côté des 23 cas malheureux, nous nous trouvons donc en présence de plusieurs cas de cancer du testicule ectopié à l'aine, vérifiés au microscope, qui ont été opérés et suivis de guérison. Comment expliquer cette différence dans les résultats obtenus ? C'est que dans ces derniers cas l'opération a été faite avant l'envahissement ganglionnaire. Il est donc de toute nécessité de faire l'ablation de la tumeur de très bonne heure, sans perdre de temps ; ce sera la seule chance de sauver le malade de sa terrible affection.

Lorsque les douleurs auront fait leur apparition, quelle devra être la conduite du chirurgien ? A ce moment, nous le savons, les ganglions lombaires sont envahis par le néoplasme ; on ne devra donc plus compter sur l'efficacité du traitement chirurgical, puisque les ganglions échappent à toute intervention; l'opération servira peut-être même de coup de fouet à l'affection. Le chirurgien devra-t-il cependant refuser les secours de son art au malade qui les lui deman-

dera ? Nous ne le croyons pas et nous nous rangeons volontiers à l'opinion émise par M. Arrou au sujet du cancer du testicule normalement descendu. A défaut d'autres avantages, la castration présente encore celui de « procurer une douce illusion au malade qui « se croit débarrassé pour toujours de cette tumeur « qu'il ne voit plus, qu'il ne sent plus, à laquelle il « ne pense plus. Si l'affection dont il doit mourir pour- « suit sa marche, il ne lui viendra jamais à l'esprit « d'en rendre responsable cette tumeur qu'on lui a « bien enlevée ; pour lui, il s'agit d'une autre mala- « die, justiciable d'un autre traitement : il la croit « guérissable et il vit bien tranquille ». C'est pour procurer au malade cette tranquillité morale que le chirurgien ne refusera pas son intervention à cette période où il sait bien que la tumeur est au-dessus de ses ressources ; en agissant ainsi il accomplira une tâche bien ingrate, mais il remplira un devoir d'humanité.

CONCLUSIONS

I. — Le « cancer » du testicule ectopié surtout à l'aine est, toutes proportions gardées, assez fréquent relativement au cancer de la glande génitale normalement descendue ; le véritable traumatisme chronique exercé par un bandage herniaire souvent appliqué par erreur, ainsi que les frottements répétés auxquels l'aine est exposée, ne sont sans doute pas sans influence sur son développement dans cette région.

Il atteint surtout les adultes et sa fréquence augmente progressivement avec l'âge de 18 à 40 ans, où elle atteint son maximum, pour diminuer ensuite graduellement de 40 à 60 ans.

II. — La tumeur de l'aine, unilatérale, siège indifféremment à droite ou à gauche, et on peut la rencontrer dans l'ectopie due :

1° A un arrêt de migration de la glande :

A. — en position inguinale ; c'est le cas le plus fréquemment observé ;

B. — en position cruro-scrotale.

2° A un vice de migration de la glande :

en position dite sous-abdominale ou mieux pré-inguinale.

Quel que soit son siège, elle se présente toujours sous forme d'une masse ovoïde plus ou moins volumineuse. La vaginale, chroniquement enflammée, est épaissie et donne lieu à un épanchement généralement peu abondant de liquide d'hydrocèle. Le testicule, fortement augmenté de volume, reste pendant longtemps encapsulé par l'albuginée, qui sert de barrière au néoplasme et qui ne cède que tardivement.

III. — Cliniquement, le cancer évolue en trois périodes :

1° Le *début* est généralement insidieux ; il se manifeste tantôt par une légère sensation de pesanteur et de tiraillement dans l'aine survenant à l'occasion de fatigues et disparaissant rapidement au repos, tantôt par une faible augmentation de volume du testicule ectopié ;

2° A la *période d'état*, la sensation de gêne devient persistante ; mais il n'existe aucune douleur ni spontanément, ni à la pression de la glande qui a déjà acquis le volume d'un œuf à celui du poing ;

3° A la *troisième période*, les douleurs apparaissent et les ganglions lombaires sont envahis ; le malade maigrit et se cachectise ; exceptionnellement la tumeur s'ulcère ou se généralise dans les organes. La mort survient due aux progrès de la cachexie.

IV. — Le pronostic de la maladie abandonnée à elle-même est toujours fatal.

V. — Le traitement sera préventif ou curatif :

1° L'ectopie de l'aine ne devra jamais être négligée :

A. — Jusqu'à l'âge de 3 ans, on s'abstiendra de toute opération et on se contentera du massage.

B. — De 3 ans jusqu'à l'époque de la puberté, on s'adressera à l'orchidopexie.

C. — A partir de la puberté, la castration sera l'opération de choix.

2° En présence d'un cancer du testicule ectopié à l'aine, il n'existe qu'un traitement rationnel : l'ablation de la tumeur.

A. — Cette opération devra être faite dès que le diagnostic aura été porté, le plutôt possible : ce sera la seule chance de sauver le malade. Quelques faits encourageants (page 65) permettent d'espérer de bons résultats d'une intervention hâtive.

B. — A la troisième période, l'opération ne devra pas avoir la prétention d'être vraiment efficace. Elle ne devra cependant pas être refusée au malade qui la réclamera : à défaut d'autres avantages, elle aura au moins celui de lui apporter la tranquillité morale.

Vu : le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L'Inspecteur de l'Académie
BOMPART

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARNOTT. — Medullary sarcoma of an undescended testicle, in Medical chirurgical Transactions. Londres, 1847. t. XXX, p. 9.

ARNOTT (Henry). — Cancer of an imperfectly descended testicle, in Medical Times and Gazette. Londres, 1871, t. I, p. 11.

ARROU. — Chirurgie de l'appareil génital de l'homme. Paris, 1901, p. 217.

AUBERT. — Compte-rendu du Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avancement des sciences, tenu à Paris, 1878, p. 948.

BINAUD et CHAVANNAZ. — Carcinome encéphaloïde développé chez un sujet atteint d'ectopie testiculaire (variété cruro-scrotale), in Journal de médecine de Bordeaux, 1896, t. XXVI, p. 84.

BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 5e édition, 1849, t. VI, p. 736.

CHOPART. — Traité des maladies des voies urinaires, Paris, 1791, t. I, 2e partie, p. 34.

CLARKE. — Opération for cancer of the undescended testicle,

in British medical Journal. Londres, 1865, t. I, p. 481.

CURLING. — Traité de maladies du testicule, traduit par Gosselin. Paris, 1857.

DELBET. — Pathogénie des tumeurs hétérotopiques, in Union Médicale. Paris. 13 juillet 1895.

DEMARQUAY. — Encéphaloïde d'un testicule ectopique, in Gazette des hôpitaux, Paris, 1854, p. 474.

DEROUBAIX et THIRIFAYS. — Encéphaloïde d'un testicule contenu dans le canal inguinal, in Presse médicale belge. Bruxelles. 1858, t. X, p. 109.

DESPRÈS. — Sarcome alvéolaire développé dans un testicule arrêté à l'anneau, in Bulletin de la Société anatomique, Paris, 1875, p. 171.

DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale Paris, 1832, t. I, p. 148.

FAYRER. — Medullary disease of an undescended testicle, removed, in Indian Annals of medical science, Calcutta, 1863, t. XVI, p. 323.

FISCHER. — In Hannover, Zeitschrift. für prakt. Heilkunde, 1862, t. I. p. 39.

GAMA. — Descente anormale du testicule droit compliquée de dégénérescence cancéreuse, in Gazette médicale, Paris, 1837, p. 263.

GODARD. — Etude sur le Monorchidie et la Cryptorchidie in Mémoires de la Société de biologie, Paris, 1856, p. 406.

GUYON. — Art. Aine (anatomie), in Dict. encyclop. des sciences médicales, Paris, 1865, t. II, p. 228.

HÉNOCQUE. — Dégénérescence kystique d'un testicule ecto-

pié, in Bulletin de la Société anatomique, Paris, 1867, p. 295.

Hewson. — Cystic disease of an undescended testis, in the American Journal of the medical Sciences, 1863, t. XLVI, p. 116.

Horand. — Tumeur fibro-plastique dégénérée du testicule, développée dans le trajet inguinal droit chez un cryptorchide, in Mém. et Comptes-rendus de la Soc. des sc. méd. de Lyon, 1864-1865, t. IV, 2e partie (comptes-rendus), p. 118.

Junien Lavillauroy. — Contribution à l'étude anatomique du cancer du testicule, thèse de Paris, 1898, nº 201.

Lecomte. — Des ectopies congénitales du testicule, thèse de Paris, 1851, nº 159, p. 45.

Le Dentu. — Des anomalies du testicule, thèse d'agrégation, Paris, 1869, p. 137.

Michiels. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du testicule ectopié, thèse de Bordeaux, 1897, nº 75.

Monod. — Communication, in Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie, Paris 1880, t. VI, p. 46.

Monod et Arthaud. — Des altérations du testicule ectopique et de leurs conséquences, in Archives générales de médecine, Paris, 1887, t. II, p. 641.

Monod et Terrillon. — De la castration dans l'ectopie inguinale, in Archives générales de médecine, Paris, 1880, p. 129.

— Traité des maladies du testicule et de ses annexes, Paris, 1889, p. 71.

Nicaise. — Tumeur du testicule droit en inclusion inguinale

in Bulletin de la Société anatomique, Paris, 1867, p. 548.

NŒGELE. — Cancer d'un testicule ectopié, in Archives générales de médecine, Paris, 1827, t. XIII, p. 423.

PARTRIDGE. — Case of Cancer of an undescended testicle, in Medical Times and Gazette, Londres, 1868, t. I. p. 176.

PÉTREQUIN. — Fragments d'un voyage médical en Italie, in Gazette médicale, Paris, 1837, p. 612.

PILLIET et COSTES. — Etude histologique sur les épithéliomes du testicule, in Revue de Chirurgie. Paris. 1895, p. 641.

POLAND. — Fongoïd disease of the testicle and cord, in Guy's Hospital. Reports, 1843, t. I, p. 172.

PONCET. — Communication, in Mémoires et Comptes-rendus de la Société des sciences médicales de Lyon, 1873, t. XIII, 2e partie (comptes-rendus), p. 140.

POTT. — Œuvres chirurgicales, Paris, 1777, t. II, p. 29.

RECLUS. — in DUPLAY et RECLUS, Traité de Chirurgie, Paris, 2e édition, 1897-1899, t. VII, p. 1105.

RINGEISEN. — De l'ectopie du testicule, thèse de Strasbourg, 1868, n° 135.

ROBERT. — Des maladies du testicule non descendu dans le scrotum, in Mémoires de Médecine et de Pharmacie militaires, 1828, t. XXIV, p. 332.

SCHŒDEL. — Uber kryptorchidie, Inaug. Diss., Berlin, 1869.

SÉBILEAU. — in LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie clinique et opératoire. Paris, 1896-1901, t. X, première partie, p. 53.

SPRENGEL. — Histoire de la médecine, t. IX, p. 271.

STORKS (Robert). — Tumor of the testicle situated in the

inguinal canal, extirpation ; in London Medical Gazette, Londres, 1847, t. XXXIV, p. 101.

Szymanowski. — Der Inguinal Testik ; in Prager, Viertel-jahrsch. f. die prakt. Heilk, 1868, t. II, p. 57.

Verneuil. — Art. Aine (pathologie) ; in Dict. encyclop. des Sciences médicales, Paris, 1865, t. II, p. 329.

Villar. — Tumeur maligne développée sur un testicule en ectopie, castration ; in Journal de Médecine de Bordeaux, 1896, t. XXVI, p. 13.

Wisner. — Contribution à l'étude du cancer du testicule ectopié, thèse de Paris, 1895, n° 118.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. de la Faculté de Médecine H. Jouve, 15, rue Racine, Paris